UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1948 N° 54

Réflexions sur les variétés évolutives de la Pemphigoïde Séborrhéique et son Traitement

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Juin 1948

PAR

René RANCÉ

MEMBRES DU JURY.....
- MM. ROQUES, *Président.*
- MOREL, GADRAT, GERAUD — *Assesseurs.*
- BAZEX — *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1948

Réflexions sur les Variétés évolutives

de la

Pemphigoïde Séborrhéique

et son Traitement

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires

MM. RISPAL, MERIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGA, DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE, VALLOIS
Anatomie	CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Médecine légale et Médecine du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,
Anatomie	COULOUMA.
Obstétrique	GUILHEM

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	LAZORTHES
Histologie	BIMES, ch. des f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Ophtalmologie	DEODATI.
Physique Médicale	MARQUES.
Chirurgie	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.).
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU
Odonto-Stomatologie	CADENAT

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX,
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.), DAMBRIN (P.)
Microbiologie	BOUISSET
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUC-MATHOU
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE.
Médecine Sociale et du Travail.	BOUNHOURE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1948 N° 54

Réflexions sur les variétés évolutives de la Pemphigoïde Séborrhéique et son Traitement

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Juin 1948

PAR

René RANCÉ

MEMBRES DU JURY..... MM. ROQUES, *Président.*
MOREL, GADRAT, GERAUD — *Assesseurs.*
BAZEX — *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0073

A MON PERE

A MA MERE

Qu'ils trouvent ici l'humble témoignage de ma reconnaissance pour les grands sacrifices qu'ils se sont imposés et la tendresse dont ils m'ont entouré.

A MA SŒUR

En témoignage de ma profonde affection.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur ROQUES

Professeur de Clinique médicale

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE JURY DE THESE :

Messieurs les Professeurs

MOREL, GADRAT, BAZEX, GERAUD

Témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur CALVET

Doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse

A Monsieur le Professeur LUTON

Directeur de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand

A Monsieur le Docteur GRIVEAUD

Chargé du Cours de Dermatologie
à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand

Expression de notre profonde gratitude pour la formation clinique que nous avons reçue dans son service, ainsi que pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée dans le choix et l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Docteur ACHARD

Médecin assistant à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand

dont les conseils toujours aimables furent pour nous nos meilleures leçons.

A TOUS MES MAITRES

A MES CAMARADES D'ETUDES

A TOUS MES AMIS

Introduction

Depuis l'observation « princeps » soumise pour diagnostic en mai 1921, à la Société de dermatologie de Chicago, par Ormsby et Mitchell, surtout depuis le remarquable travail d'ensemble présenté par Senear et Usher en mai 1925, devant l'American Dermatological Association, l'affection désignée depuis sous le nom de syndrome de Senear et Usher a fait couler beaucoup d'encre et soulevé parmi les dermatologistes d'outre Atlantique des débats extrêmement passionnés.

Quant à nous, les circonstances nous ayant permis d'en observer quelques cas, notre intention est de présenter les remarques que nous avons pu faire à cette occasion en insistant particulièrement sur l'existence de trois formes évolutives de la maladie.

Après un rappel sommaire de l'historique de l'affection et la présentation des observations, nous ferons une étude des conditions étiologiques, du tableau clinique, de l'anatomie patho-

logique et des différents essais de thérapeutique, en exposant à chaque chapitre les remarques suggérées par l'étude de nos cas personnels. Nous essaierons enfin, grâce à ces remarques, de serrer de plus près le classement de syndrome dans son cadre morphologique.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Le 18 mai 1921, Ormsby et Mitchell présentèrent à la Société de dermatologie de Chicago, pour diagnostic, un homme de trente-neuf ans atteint de squames-croûtes au niveau du nez et des joues, d'érythème, de vésico-bulles et de croûtes sur le reste du corps. La biopsie ne fut pas faite, le malade s'y étant opposé.

Foerster, devant la longueur de la maladie, sa résistance à toute thérapeutique et l'aspect des lésions, porta le diagnostic de pemphigus atypique.

Pusey en présence de l'inefficacité du traitement, songea à un lupus érythémateux et vis à vis des squames-croûtes atteignant la face, pensa à la séborrhée congestive de Hebra.

Ormsby et Pusey s'accordèrent en reconnaissant que cette dermatose, bien qu'essentiellement pemphigoïde, se rapprochait par son comportement, du lupus érythémateux et par son aspect, de la dermatite séborrhéique.

Il ne fut pas fait de diagnostic précis.

Ormsby par la suite retrouva des cas sembla-

bles et ayant fait faire des biopsies par Finnerud, il décida de les classer provisoirement dans le groupe des pemphigus.

En mai 1925, Senear et Usher, après s'être livrés à une étude très approfondie de la question, firent devant l'American Dermatological Association une communication intitulée : **Variété rare de Pemphigus présentant des symptômes associés de Lupus érythèmateux.** Ils rapportaient onze cas de ce syndrome, non encore individualisé, dont quatre personnels.

Dès lors, cette affection fut connue sous la dénomination de **Pemphigus de Senear et Usher** ou plus rarement de **Pemphigus érythèmateux de Ormsby.**

Ainsi, dès le début, on s'est trouvé en présence de « conceptions entre lesquelles les auteurs américains restent volontiers divisés » : pemphigus avec quelques caractères de lupus érythèmateux, ou : lupus érythèmateux pemphigoïde, d'une part, séborrhéïde bulleuse, nouvelle entité intermédiaire entre le pemphigus et le lupus érythèmateux, d'autre part.

A partir de 1926, les observations se font plus nombreuses, environ cinq par an, « presque toutes d'origine américaine » [1].

---

1. En juillet 1931, Gilman rapporte 14 cas dont 1 personnel. Puis 19 autres ont été publiés par Mook, Ingram, Woodburne, Taussig, Chiale, Wirkberg, Richter, Schiller, Dennie, Stillians, Michelson, Silver, Foldvari, Kaufman, Corson, Cornbleet et Wile, ainsi que 6 autres observés à la clinique dermatologique de l'hôpital universitaire de Ann Arbor (Michigan). Enfin, en mai 1939, Wile et Arnold en comptent 48 dont 5 personnels.

Touraine et Lortat-Jacob, en décembre 1940, après une revue de la littérature mondiale, avec certains cas douteux ou admission de quelques autres, publiés surtout sous le diagnostic de pemphigus, sont arrivés à un total de quatre-vingts observations, dont soixante-deux proviennent des U. S. A., six d'Angleterre, trois d'Allemagne, trois d'Italie, deux de Hongrie, deux de France [2], une du Brésil et une de Finlande. En 1947, nous pouvons compter cent deux publications, dont vingt supplémentaires pour la France [3].

Certaines observations, citées dans l'index bibliographique, offrent un intérêt particulier, soit par les détails de leur étude, soit par les échanges de vue qu'elles ont provoqués [4]. Elles amenèrent quelques auteurs à faire des études d'ensemble du syndrome [5].

---

2. Un cas de Pinard, Dumet et Aubin publié en juin 1938 sous le nom de pemphigus, et le premier cas français de Touraine et Lortat-Jacob, le 12 décembre 1940.

3. Touraine et Lortat-Jacob : 8 juin 1941, le deuxième cas français; Galle : 11 novembre 1943; Sezary et Lesourd : 8 juin 1944; Griveaud : 19 avril 1945, une publication de pemphigoïde séborrhéique foudroyante, parmi 12 autres cas; Duverne : novembre 1946, 3 observations.

4. Ce sont entre autres celles de : Wile, 1929; Béchet, 1930; Gilman, Mook, Stillians, 1931; Ingram, Garner, 1932; Taussig, Keim et Cohen, Schwartz, 1938; Wile et Arnold, 1939; Touraine et Lortat-Jacob, 1940-1941.

5. Senear et Usher, Gilman, Taussig, Wile et Arnold, Touraine et Lortat-Jacob.

CHAPITRE II

Observations

I. — FORMES SURAIGUES

A) Cas de M. Griveaud.

Publié le 19 avril 1945 à la Société de Dermatologie de Lyon.

Madame B..., âgée de trente-quatre ans, mère de deux enfants normaux et bien portants.

Antécédents héréditaires : R.A.S.

Antécédents personnels pathologiques : R.A.S.

PREMIER EXAMEN, le 14 février 1944.

Sept bulles flasques sur fond érythémateux, dans la région interscapulaire; deux bulles fraîches, non tendues, déjà fripées, au point de pression du bouton du soutien-gorge. Ces deux bulles, au dire de la malade, datent du matin même et nous font chercher, mais sans succès le Nikolsky au voisinage. Les autres bulles datent de trois ou quatre jours.

A l'aisselle droite, deux bulles fripées datant de deux jours.

A la région présternale, deux bulles fripées également, de même âge, mais en peau de couleur normale.

Aucune de ces lésions n'est ouverte.

Pas de température.

La pression du doigt sur le plafond des bulles ne provoque aucun décollement périphérique.

Recherché soigneusement en peau apparemment saine, dans le voisinage, le Nikolsky est négatif.

DEUXIEME EXAMEN, le 26 février 1944.

Même aspect des lésions récentes, apparues dans les mêmes régions, sept à huit bulles nouvelles, toutes flasques, en particulier deux bulles de l'aisselle gauche.

Le Nikolsky est positif dans la région présternale, immédiatement au voisinage des bulles.

A ces deux examens qui nous permettent le diagnostic de pemphigoïde séborrhéique et nous incitent, dès ce jour, à avertir le mari de la malade du pronostic grave qu'il comporte, les muqueuses sont intactes, ainsi que la région ombilicale. Au cuir chevelu, suintement gras intense.

A la face : dermatite séborrhéique moyenne.

Rien qui rappelle le lupus érithémateux exanthématique.

Une biopsie est pratiquée ce jour dans la région scapulaire gauche, englobant deux bulles datant du matin même et au niveau desquelles le décollement périphérique à la pression ne se produit pas encore, alors qu'on le provoque sur toutes les bulles plus anciennes.

TROISIEME EXAMEN, le 5 mars 1944.

Cicatrisation de la plaie opératoire, sensiblement normale.

L'éruption typique s'étend sur la poitrine et le long de la colonne vertébrale.

Nous constatons, en outre, ce jour-là, au niveau des sillons naso-géniens, bien symétriquement : à droite, trois petites bulles; à gauche, deux et quelques éléments discrets au niveau du front, en bordure du cuir chevelu et dans les régions glabres retro-auriculaires. Bulles ne dépassant pas 4 mm. de diamètre et également flasques d'emblée.

Quatre bulles ouvertes dans la région présternale.—
Pas un seul élément aux membres.

Le Nikolsky est positif sur tous les éléments datant d'au moins vingt-quatre heures.

Recherché en peau apparemment saine, on le trouve positif dans une zone de trois à cinq centimètres, en bordure des lésions actives. Négatif sur tout le reste du tégument.

Pas de température.

Rien qui rappelle le lupus érithèmateux.

QUATRIÈME EXAMEN, le 16 mars 1944.

Toujours rien aux muqueuses; quelques éléments bulleux et un suintement gras intense au niveau des poils du pubis.

Devant l'insistance d'un confrère éminent, ami de la famille, nous acceptons, en faisant toutes réserves utiles et après avoir obtenu l'emploi de la Fontamide seulement, l'essai de la sulfamido-thérapie, 35 grammes en six jours.

CINQUIÈME EXAMEN, le 24 mars 1944.

Le résultat est désastreux.

Au thorax, plus une bulle intacte. Les lésions sont maintenant confluentes.

De vastes surfaces rouge vif, abondamment suintantes, saignantes, à tendance légèrement végétantes, en certaines zones, rendent toute position insupportable.

Quelques bulles nouvelles, à contenu louche, se sont entre temps, formées aux aisselles. Une bulle énorme de 12 cm. de diamètre, flasque, à contenu louche, et cependant aseptique, de contours irréguliers, non polycycliques, au niveau de la région malléolaire gauche externe.

Au niveau des régions retro-auriculaires, plus de bulles, mais suintement gras, aggloméré en croûtes jaunâtres, épaisses, de 2 mm., recouvrant une surface érosive rouge vif.

SIXIÈME EXAMEN, le 26 mars 1944.

Apparition au niveau du cuir chevelu, dans la zone temporale droite, d'un placard ovalaire de 6 cm. sur 3 cm. non aperçu à l'examen du 24, au niveau duquel les cheveux et l'épiderme ont disparu en quarante-huit heures, laissant une surface rouge vif en bordure, violacée au centre, le tout bordé, sur 2 à 3 cm., d'une carapace squamo-croûteuse grasse et assez adhérente.

L'ongle détache facilement cependant, cette carapace dont la face profonde montre de petites excroissances en langue de chat pénétrant dans les ostia.

Depuis la veille également, les bulles de la région pubienne, se sont multipliées, agrandies et instantanément flétries. Nous les trouvons, ce jour-là, remplacées par une plaie superficielle, rouge très vif, suintant intensément. Contrairement à ce qui se passe au cuir chevelu, pas de chute de poils de cette région, qui tiendront jusqu'à la fin, malgré l'identité absolue avec les lésions du cuir chevelu.

Quelques éléments épars du thorax et du dos se sont épidermisés, laissant une cicatrice déjà pigmentée.

Muqueuses toujours intactes.

Les pansements, les moindres mouvements provoquent des douleurs intolérables.

La sensation de cuisson, extrêmement vive, est constante.

La malade n'a de repos ni jour, ni nuit.

Température : 38° 5.

La diurèse est tombée à 400 cc.

La malade est mise, tardivement peut-être, au sublimé.

SEPTIÈME EXAMEN, le 31 mars 1944.

Les lésions du tronc sont maintenant confluentes : vaste ssurfaces érosives rouges, exubérantes par place, d'où ruisselle sans cesse un abondant liquide gras, sanguinolent et où le moindre contact d'un coton sec provoque une sensation de brûlure intense.

Les bulles nouvelles sont très rares.

Les croûtes de la face sont noirâtres.

Pas de lésion des muqueuses. Température : 39°.

HUITIÈME EXAMEN, le 1er avril 1944.

Oligurie à 300 cc.

Le placard du cuir chevelu s'est étendu à toute la moitié antérieure.

On ne constate ailleurs aucune bulle nouvelle.

Le Nikolsky reste négatif au niveau des membres, qui ne présentent pas la moindre lésion, sauf celle de la région malléolaire qui se cicatrise. On le trouve positif au voisinage immédiat des régions érosives qui couvrent le thorax comme un plastron triangulaire à base supérieure et à sommet pubien et sacré.

Les muqueuses sont toujours intactes, à l'exception toutefois de la bordure cutanéo-muqueuse des lèvres, où quelques éléments sont apparus.

Le hoquet apparaît.

NEUVIÈME EXAMEN, le 2 avril 1944.

L'oligurie s'accentue : 150 cc.

L'état général fléchit, malgré tous les traitements usuels.

La malade meurt en grande brûlée, le 4 avril, cinquante-deux jours après l'apparition d'une petite bulle flasque de la poitrine, découverte au cours d'une toilette matinale.

EXAMEN DE LABORATOIRE

M. le Professeur Géry a bien voulu nous donner un compte rendu extrêmement détaillé de son examen histologique, que nous joindrons au chapitre consacré à l'étude anatomo-pathologique du syndrome. Il confirme le diagnostic des pemphigoïdes : atteinte de l'épiderme par le processus pur d'acantholyse, lésions extrêmement discrètes et certainement secondaires du derme.

b) *Indice Perls-Macht.*

N'a pu être recherché.

c) *Constantes sanguines.*

Glycémie, urée, calcémie : normales.

d) *Numération et formule leucocytaire.*

Faites dix-neuf jours après l'apparition de la première bulle, le 29 février 1944.

Hématies : 4.500.000.	Neutro : 62.
Hémoglobine : 90 %.	Eosino : 7.
Valeur globulaire : 1.	Baso : 1.
Leucocytes : 5.800.	Lympho : 23.
	Mono : 6.

B) Cas n° I de M. Duverne.

Publié en novembre 1946, à la Société de Dermatologie de Lyon.

Cette première malade, âgée de soixante-quinze ans, examinée pour la première fois fin avril 1945, présentait alors quelques bulles de petit volume, et une ou deux plus importantes siégeant principalement dans la région médio-thoracique, dans la gouttière vertébrale, à l'ombilic. Le cuir chevelu était le siège de lésions croûteuses, consécutives à des bulles. Déjà il existait quelques ulcérations dans la bouche et sur la voûte palatine. Au début, la formation des bulles était précédée de sensations de prurit pénible pour la malade, qui s'atténua peu à peu. Léger signe de Nikolsky. Légère anémie à 3.600.000 avec hyper-leucocytose à 16.000; 9% d'éosinophiles dans le liquide des bulles

Cette malade avait toujours présenté une bonne santé, elle avait eu une congestion pulmonaire l'hiver précédent. Le reste de l'examn était négatif.

En six semaines, cette malade évolue vers la mort, présentant d'abord quelques bulles disséminées dans des régions non séborrhéiques, puis étendues peu à peu à tout le tégument et à ses muqueuses.

Le traitement arsénical fut particulièrement inefficace. Dans les derniers jours, la malade, qui présentait une température élevée, avec syndrome infectieux, fut mise à la Thiazomide, qui, ainsi que l'a signalé Griveaud, parut plutôt aggraver son état. Il ne fut pas donné de sublimé à cette malade.

II. — FORMES AIGUES

Cas personnel n° I.

(Malade du service de dermatologie des hôpitaux de Clermont. Service du Docteur Griveaud.)

Monsieur O..., quarante-sept ans, vient consulter, le 28 février 1945, pour une éruption qui est apparue trois semaines auparavant.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants, mais arthritiques.

Antécédents personnels : Manifestations de rhumatismes goutteux. Maladies infantiles; deux congestions pulmonaires.

PREMIER EXAMEN, le 28 février 1945.

L'éruption est surtout localisée aux faces antérieure et postérieure du thorax, où elles occupent une zone losangique à la partie médiane. Quelques lésions éparses existent également : en avant, sur l'abdomen au point de pression supérieur d'une ceinture de maintien; en arrière, étagées dans la gouttière vertébrale, jusqu'à la région sacrée.

Parmi ces lésions, la plupart sont de petites excoriations rouges, légèrement suintantes, présentant parfois une petite collerette épidermique, et donnant absolument l'impression de bulles effondrées ou spontanément desséchées. D'autres sont de simples taches erythémateuses, au niveau desquelles on obtient facilement le signe de Nikolsky. Il existe, en outre, deux à trois petites bulles intactes.

L'état général est excellent, le malade accuse seulement une légère sensation intermittente de prurit.

DEUXIEME EXAMEN, le 21 mars 1945.

L'aspect est peu différent de celui du premier examen. Les lésions sont plus nombreuses mais plus sèches. Leur teinte est moins rouge, tirant sur le bistre.

En avant : le signe de Nikolsky est difficile à trouver. Il existe encore sur deux zones érythémateuses seulement. Quelques lésions nouvelles sont apparues au niveau de la crête iliaque droite, dans la zone de pression inférieure de la ceinture abdominale.

En arrière : Le glissement de l'épiderme s'obtient, par contre, facilement sur les zones érythémateuses et aussi en peau saine, au voisinage des lésions.

Il n'existe pas de bulle intacte, mais le toit de la bulle effondrée se voit sur certaines lésions.

Une biopsie est pratiquée le 3 avril 1945.

TROISIÈME EXAMEN, le 7 avril 1945.

Même aspect qu'au précédent examen, mais il est apparu une bulle dans le sillon rétro-auriculaire droit.

QUATRIÈME EXAMEN, le 24 avril 1945.

Extension très nette des lésions, qui descendent en avant jusqu'au pubis et, en arrière, jusqu'au pli fessier.

Tout le dos est recouvert d'un semis de petites vésicules. Les plis axillaires et inguinaux sont occupés par des surfaces érosives suintantes.

Il existe un bouquet de bulles flétries sur l'avant-bras gauche. On note également trois à quatre petites lésions croûteuses des plis naso-géniens et un enduit croûteux gras, plus important des sillons rétro-auriculaires et du cuir chevelu.

Toutes les bulles sont flasques d'emblée et surviennent en peau saine, sans troubles subjectifs préalables.

L'état général reste bon, mais moins qu'au début.

Le malade est mis aux injections de sublimé, tardivement, en raison de l'impossiblité où il était de se faire hospitaliser.

CINQUIÈME EXAMEN, le 1er mai 1945.

La poussée des avant-bras est enrayée; les bulles se sont desséchées. Nous apprenons par le malade qu'une poussée extrêmement violente de la région lombo-sacrée

a été « séchée », selon son expression, dès le lendemain de la première injection.

La moitié de la face antérieure du thorax et les deux tiers environ de la face postérieure sont occupés par une vaste surface érosive et suintante.

Le signe de Nikolsky est positif au voisinage des lésions et aux avant-bras, où cependant les bulles constatées le 24 avril, sont toutes desséchées. Il est négatif ailleurs.

Il existe encore quelques bulles anciennes à contenu séro-purulent, en bordure des grandes surfaces érosives.

Depuis le début du traitement par le sublimé, il n'est apparu que quelques bulles du cuir chevelu, actuellement desséchées, et deux bulles fraîches, flasques d'emblée et à contenu clair : l'une à l'épaule, l'autre au genou gauche.

SIXIÈME EXAMEN, le 7 mai 1945.

Dans le dos, une vaste surface érosive laisse écouler un suintement gras très abondant.

La partie antérieure du thorax est dans le même état.

L'abdomen est relativement indemne.

D'autres surfaces érosives à suintement gras existent également aux aisselles et dans la zone pileuse du pubis.

Le signe de Nikolsky est positif à peu près sur toutes les zones apparemment saines.

A la face : les lésions sont d'une symétrie parfaite et sont localisées aux plis naso-géniens, où il existe trois petites bulles de chaque côté. Le reste des plis est recouvert de croûtes très grasses.

Au cuir chevelu : pas de nouvelles bulles, mais présence d'un suintement gras abondant et diffus.

Rien aux muqueuses.

La température oscille entre 38° et 39°.

La diurèse se maintient aux environs de deux litres.

Pendant trois semaines, l'état du malade reste celui que nous venons de décrire. Les injections de sublimé sont continuées et il reçoit chaque jour un demi-litre de sérum.

Le traitement local consiste en enveloppements complets, avec des linges imbibés de liniment oléo-calcaire.

En juin, il survient une amélioration et les lésions se réparent en partie. La cicatrisation est presque complète, sauf, en avant, aux plis inguinaux et, en arrière, aux points de pression. Il n'apparaît pas de nouvelles bulles. La face et le cuir chevelu restent dans le même état.

En juillet, nouvelle poussée brutale, comparable à celle du mois de mai, couvrant d'emblée le corps entier, à l'exception de quelques plages saines au niveau des membres inférieurs.

Le malade meurt en grand brûlé, le 27 juillet 1945.

EXAMEN DE LABORATOIRE

Biopsie :

M. le Professeur Géry nous a fait parvenir un remarquable protocole que l'on pourra consulter au chapitre consacré à l'étude anatomo-pathologique du syndrome, et qui confirme le diagnostic de pemphigoïde séborrhéique.

III. — FORMES LENTES

A) Cas personnel n° II.

Malade du service de dermatologie des hôpitaux de Clermont. (Service du Docteur Griveaud.)

Monsieur D. K..., âgé de cinquante-six ans, israélite.
Un fils normal et bien portant.
Antécédents héréditaires : R.A.S.
Antecédents personnels : R.A.S.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Dès le mois de décembre 1941, le malade remarque des croûtes au niveau du cuir chevelu, dans la région

fronto-pariétale. En dépit du traitement local, les croûtes se généralisent et gagnent la région occipitale. Elles sont grasses, décollées par place, laissant écouler une sécrétion épaisse et jaunâtre.

Le 27 mars 1942. — Le malade présente simultanément des squames croûtes plus sèches et plus adhérentes, à prédominance symétrique, au niveau des ailes du nez et des pommettes. Il va à ce moment consulter le spécialiste qui porte le diagnostic de pemphigoïde séborrhéique.

Le 29 mars 1942. — Apparraissent quelques bulles (cinq à vingt) sur la région présternale et interscapulaire, allant de la taille d'une lentille à celle d'une pièce de 2 francs, qui rompent au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, laissant des surfaces érosives, rouge vif, très sensibles, peu suintantes et se recouvrant finalement d'une croûte grasse et brune.

Le Nikolsky est positif dans la région interscapulaire.

Sur le reste du corps, quelques bulles disséminées, y compris les avant-bras.

Les membres inférieurs restent indemnes. Les muqueuses qui jusqu'à présent avaient été épargnées, commencent à montrer quelques éléments bulleux au niveau de la lèvre inférieure, des narines et du conduit auditif.

L'état général reste bon. Le malade, cependant, est atteint de surexcitation et d'inquiétude, en même temps qu'il se plaint d'un vif prurit et cuissons intolérables.

Diurèse normale.

Pas de température.

Le 31 mars 1942. — Sous l'effet, peut-être, des injections de cacodylate, les poussées bulleuses se sont atténuées, et le malade en est arrivé au stade des lésions exclusivement squamo-croûteuses.

Le 12 avril 1942. — De nouveaux éléments bulleux de forte taille (pièce de 1 franc) apparaissent.

1° Au poignet gauche : évolution rapide (quarante-huit heures), laissant après effondrement du plafond, un épiderme rouge, sec, non sensible. Nikolsky positif, en peau apparemment saine, dans une zone de 3 cm. autour des lésions actives. Négatif sur le reste du tégument.

2. Dans la région sternale : onze bulles à contenu louche, flasques et fripées Nikolsky positif à leur niveau.

Température à 38°.

Le 13 avril 1942. — Dissémination des bulles aux membres, aux aisselles et aux aines. Nikolsky au voisinage des bulles.

Les lésions de la lèvre inférieure deviennent croûteuses.

Diurèse normale.

Température à 38°.

Le 6 mai 1942. — Le malade entre dans le service avec un état général assez touché.

Température à 39°.

Diurèse normale. Ni sucre, ni albumine.

PREMIER EXAMEN A L'ENTRÉE

La tête. — *Au cuir chevelu,* suintement gras intense et lésions squamo-croûteuses confluentes, formant une carapace de deux à trois travers de doigt de largeur, s'étendant en bandeau d'une région temporale à l'autre, en passant sur le front. Rien à la nuque.

A la face, au niveau du nez, même aspect. Quelques éléments se sont épidermisés, laissant une cicatrice déjà pigmentée. Les autres lésions confluent des ailes vers la pointe.

A la lèvre inférieure et épargnant la muqueuse, les lésions squamo-croûteuses, épaisses et jaunâtres, sont très suintantes.

L'ongle détache assez facilement ces croûtes, dont la face profonde porte de petites excroissances en langue de chat, qui pénètrent dans les ostia folliculaires.

Le Nikolsky est négatif, en peau apparemment saine et même à l'abord immédiat des lésions.

Rien qui rappelle le lupus érythémateux.

Les muqueuses. — On remarque quatre petites bulles sur le voile du palais.

Le thorax. — *Face antérieure :* Sur la région sternale, présence d'un vaste placard squamo-croûteux suintant, large de quatre à cinq travers de doigt, encadré symé-

triquement, à droite et à gauche, sensiblement selon l'axe de la ligne axillaire, par sept à huit plaies superficielles de 3 à 4 cm. de diamètre, plus ou moins confluentes, formant une surface érosive rouge, d'où ruisselle un abondant liquide gras sanguinolent et où le moindre contact d'un coton sec provoque une sensation de brûlure intense.

Face postérieure : Symétriquement, sur les omoplates, les fosses sus-épineuses, la région des trapèzes et des deltoïdes, on rencontre de vastes érosions, rouge vif et suintantes, extrêmement sensibles.

Dans la région interscapulaire, quelques éléments se sont épidermisés, laissant une cicatrice pigmentée.

Nikolsky négatif, en peau apparemment saine, et sur le pourtour immédiat des lésions.

L'abdomen. — Face antérieure : Au niveau de la région para-ombilicale droite, on note une vaste plaie superficielle de la grandeur de la paume de la main, rouge très vif et suintant intensément.

Face postérieure : Même aspect pour les régions dorso-lombaire et iliaques.

Nikolsky positif sur le pourtour immédiat des lésions actives.

Les membres supérieurs. — A droite, sur la face externe du bras, une bulle fraîche et cinq autres en voie de dessication. Sur l'avant-bras et le poignet, quelques surfaces érosives, rouge vif, plus ou moins confluentes, peu humides et relativement peu sensibles.

A gauche, le bras est indemne, alors que la face antérieure de l'avant-bras présente trois ulcérations de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Sur le poignet, une bulle fraîche, fripée, à contenu louche, de la taille d'une pièce de 1 franc.

Les membres inférieurs. — Une quinzaine de bulles fraîches à contenu louche, mais asptique et quatre érosions comme des pièces de 0 fr. 50, très suintantes, et rouge vif, sur la face antérieure de la cuisse droite, alors que sur la face externe de la gauche, on voit cinq bulles fraîches fripées.

Nikolsky négatif en peau saine et sur le pourtour immédiat des lésions érosive.

Le malade est mis au traitement par le sublimé.

DEUXIÈME EXAMEN, le 28 mai 1942.

On note une amélioration générale de tous les symptômes. Au niveau du cuir chevelu et de la face, les squames-croûtes sont plus sèches. De même sur la région sternale.

Les surfaces érosives du thorax et des membres se recouvrent d'une croûte épaisse et grisâtre peu suintante. Seule, une vaste érosion de la face externe de la cuisse gauche persiste.

L'atteinte du voile du palais, signalée lors du premier examen, n'a laissé qu'une très petite érosion.

Pas de nouvelle poussée bulbeuse.

Le Nikolsky est négatif en tous points du tégument.

L'état général du malade est cependant assez touché. La température se maintient entre 37° 5 et 38°. On continue le traitement par le sublimé.

Diurèse normale.

TROISIÈME EXAMEN, le 20 juillet 1942.

L'amélioration continue et l'état général semble se relever sur le visage et le cuir chevelu, la plupart des croûtes tombent et laissent une cicatrice un peu pigmentée. Même aspect au niveau du thorax. Seule, sur la face externe de la cuisse gauche, persiste un vaste placard squamo-croûteux non suppurant. Pas de nouvelle poussée bulleuse. Température entre 37° et 37° 5. Diurèse normale. Nikolsky absolument négatif.

QUATRIÈME EXAMEN, le 28 août 1942.

Devant la grosse amélioration des téguments et de l'état général, le sujet quitte le service pour se retirer à la campagne, où il continue ses soins (sublimé) pendant plusieurs mois. Malgré quelques poussées fugaces, il con-

serve un assez bon état général, qui lui permet de mener un vie sensiblement normale.

Puis, à la suite d'événements de guerre, le sujet est obligé de suspendre son traitement par le sublimé, et une nouvelle poussée nous le ramène à l'hôpital.

CINQUIÈME EXAMEN, le 12 mai 1944.

Il présente alors des squames-croûtes épaisses, grasses et suintantes aux ailes du nez, sur les pommettes, le front et les régions rétro-auriculaires. Quelques bulles flasques sur le cuir chevelu et la région antéro-médiane du thorax. Aux membres inférieurs, quelques bulles en peau saine, notamment sur les cuisses et le tiers inférieur des jambes.

Le Nikolsky est positif dans une zone de 3 cm. autour des lésions en peau saine.

L'état général est beaucoup plus touché que lors de la première admission de M. D. K... La température plafonne à 39°. La diurèse reste cependant normale.

Le traitement par le sublimé est immédiatement repris. Une amélioration rapide se produit et l'état de la peau reste stationnaire pendant plusieurs mois, tandis que l'état général baisse très lentement. Devant la stabilisation des symptômes cutanés, limitée pendant quelques semaines aux lésions squamo-croûteuses de la face, à quelques bulles bucales et autres, éparses sur l'ensemble du tégument, on suspend le sublimé.

Un mois après, le 28 janvier 1946, une nouvelle poussée bulleuse, très aiguë survient, mettant à vif une grande partie du thorax, de l'abdomen et du dos.

Les bulles étaient éphémères, laissant très vite à leur place des érosions, rouge vif, abondamment suintantes et douloureuses au moindre contact.

Le Nikolsky est positif en tous points du corps.

Le traitement au Moranyl est alors institué et semble assez bien supporté. Toutefois, le sujet se cachectise rapidement. Les lésions bucales et pharyngées s'étendent.

Le malade meurt, le 8 juin 1946, après cette courte phase d'amélioration des lésions cutanées et des muqueuses, fait de constatation courante.

EXAMEN DE LABORATOIRE

a) *Biopsie.*

pratiquée le 5 avril 1945.

Le remarquable protocole que M. le Professeur Géry nous a fait parvenir et que l'on peut consulter au chapitre réservé à l'étude histologique de l'affection, confirme le diagnostic de pemphigoïde séborrhéique (acantholyse très marqués).

b) *Numérations globulaires et formules leucocytaires.*

Le 18 mai 1942 :

T. S. : 2 minutes.
T. K. : 22 minutes.
Hématies : 5.100.000.
Hémoglobine : 95 %.
Valeur globulaire : 1.
Leucocytes : 30.400.

- Neuro : 75.
- Eosino : 1.
- Baso : 2.
- Lympho : 13.
- Mono : 9.

Le 16 juin 1942 :

Hématies : 4.000.000.
Leucocytes : 8.800.

- Neutro : 46.
- Eosino : 16.
- Baso : 1.
- Lympho : 18.
- Mono :

Le 23 mars 1945 :

Hématies : 2.860.000.
Leucocytes : 9.600.

- Neutro : 75.
- Eosino : 9.
- Baso : 1.
- Lympho : 8.
- Mono : 7.

Vitesse de sédimentation : 83 mm.

B) Cas personnel n° III.

Malade du service de dermatologie des hôpitaux de Clermont. (Service du Docteur Griveaud.)

Mademoiselle F..., âgée de vingt-quatre ans.

Antécédents héréditaires : R.A.S.

Antecédents collatéraux : Deux frères et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels : Née avant terme (7me mois).

Maladies de l'enfance : Poussée d'anémie à douze, dix-huit et vingt et un ans. Signes lithiasiques à dix-sept ans.

HISTOIRE DE LA MALADIE

De décembre 1945 à avril 1946, notre malade a présenté une poussée étiquetée pyodermite, localisée au tronc. Le traitement sulfamides-pénicilline amène une prompte guérison, si bien que le 20 mai 1946, les téguments sont redevenus normaux, en apparence tout au moins, avec quelques cicatrices pigmentées.

Le 28 mai 1946, date de notre premier examen, apparition de bulles assez grosses, peu nombreuses, notamment au niveau des régions médianes du thorax.

EXAMEN A L'ENTRÉE DANS LE SERVICE (1er juin 1946).

La face : Paraît peu atteinte dans l'ensemble, à part deux à trois squames-crûtes grasses et jaunâtres au niveau des ailes du nez.

Le cuir chevelu : On note quelques rares éléments squamo-croûteux s'étendant également aux régions glabres rétro-auriculaires.

Le thorax : Les régions sternales et interscapulaires du thorax sont le siège de bulles ayant une évolution extrêmement rapide et laissant à leur place des surfaces rouge vif et suintantes.

Les membres et les muqueuses : Semblent épargnés.

La température oscille entre 37° 5 et 38° 5. La diurèse est normale.

Le Nikolsky est positif en peau apparemment saine, mais au voisinage des lésions seulement.

Réaction à l'iodure : négative.

Le 15 juillet 1946. — Extension de l'éruption bulleuse aux membres supérieurs et inférieurs. Température entre 38° et 39°. La malade est alors soumise au traitement par le sublimé I.M. (1 cc. tous les trois jours).

Le 20 juillet 1946. — Les lésions semblent se cicatriser très vite et la température descend à 37°. Le Nikolsky est impossible à mettre en évidence.

Le 30 juillet 1946. — La malade quitte le service apparemment guérie. Depuis dix-huit mois, rémission à peu près complète, le sujet n'ayant pas eu de nouvelles bulles fraîches. Mlle F..., depuis son départ du service, a continué périodiquement et très régulièrement son traitement par le sublimé Voici une lettre adressée par la malade, en date du 20 décembre 1947 :

« ... Ma santé s'est beaucoup améliorée. Depuis mon retour de l'Hôtel-Dieu, je n'ai plus eu de poussée et je n'ai plus trace de toutes les plaies suintantes qui me recouvraient le corps. Je n'ai plus de décollement de la peau. Au moment de mes règles, je fais quelques bulles, en général au visage, mais qui disparaissent en 2 jours. »

EXAMEN DE LABORATOIRE

a) *Biopsies.*

Pratiquées le 12 juillet 1946, dont on pourra consulter le compte rendu fait par M. le Professeur Géry, au chapitre traitant de l'anatomie pathologique du syndrome, qui nous confirme dans notre diagnostic de pemphigoïde séborrhéique, avec une acantholyse marquée, mais moins nette cependant que dans nos cas précédents.

b) *Numération globulaire et formule leucocytaire.*

Leucocytes : 14.400.
Hématies : 2.980.000.

- Neutro : 60.
- Eosino : 20.
- Baso : 1.
- Lympho : 10.
- Mono : 9.

c) *Urée sanguine :* 0,22 %.

d) *B. W. :* négatif.

C) Cas n° II de M. Duverne.

Publié en novembre 1946, à la Société de Dermatologie de Lyon.

Ce malade, âgé de soixante-trois ans, a commencé, en juin 1945, à présenter des bulles sur la face, le cuir chevelu et le thorax Le nez et les ailes du nez ont un aspect érythémateux légèrement œdématié et gauffré, rappelant le lupus érythémateux mais, ni croûtes ni squames dans cette région; les bulles apparaissent par poussées successives, laissant des cicatrices pigmentées, Ces bulles siègent électivement dans les zones séborrhéiques, particulièrement nettes en bordure du cuir chevelu et derrière les oreilles. Elles étaient précédées par l'apparition d'un prurit assez marqué. Dans ces territoires, le signe de Nikolsky est très positif, au point que, lorsque le malade enlevait sa casquette, la peau se détachait en même temps.

L'état général de ce malade est excellent. Il n'a aucun antécédent pathologique notable. L'examen du liquide de bulles a révélé une éosinophilie modérée à 11 %, la vitesse de sédimentation est à 20 %, sans modification de la formule sanguine.

Un traitement par l'acétylarsan ne modifie pas les lésions, qui restent stationnaires et évoluent par poussées successives. Par contre, les injections de sublimé, prolongées pendant six mois, amenèrent une amélioration incontestable, qui permit au malade de reprendre un petit travail.

Ce sujet na' pu être suivi assez longtemps pour que l'on puisse juger de la durée de cette amélioration.

D) Cas n° III de M. Duverne.

Publié en novembre 1946, à la Société de Dermatologie de Lyon.

Malade âgé de quarante-six ans, mineur, sans antécédent particulier, a été vu pour la première fois il y a

trois mois et présentait alors, depuis plus d'un an, des poussées continuelles de lésions bulleuses. Ces lésions siégeaient uniquement au cuir chevelu, dans les régions rétro-auriculaires, dans la gouttière dorsale et sur la poitrine; il est à noter que ce malade présente une calvitie séborrhéique incomplète. Les bulles, toujours précédées d'une sensation de chaleur, ou de prurit, puis d'un érythème, sont généralement peu importantes, contiennent peu de liquide, et sont éphémères, faisant rapidement place à une lésion croûteuse. Toutes ces lésions ont un aspect gras, avec, au niveau de certaines, une collerette épidermique périphérique. Le signe de Nikolsky est positif. Le malade n'a jamais eu de lésion érythémateuse du visage, on note dans la région temporale gauche, une petite lésion irrégulière, violacée, avec hyperkératose, légère infiltration et atrophie discutable, qui fait penser à un lupus érythémateux. Chez ce malade, tout le reste de l'examen est négatf, en dehors d'une hypertrophie hépatique légère. La formule sanguine n'attire aucun commentaire. L'éosinophilie est à 23 % dans le liquide des bulles La sédimentation sanguine est à 20 %.

Ce malade conserve un excellent état général. Les lésions s'étaient quelque peu étendues depuis trois mois, envahissant des territoires non séborrhéiques, et nous sommes surpris de leur régression incontestable, depuis que le malade a été mis aux injections quotidiennes de sublimé, qu'il supporte remarquablement bien.

CHAPITRE III

Conditions étiologiques

I. **La race.** — Pratiquement, on peut dire que la race n'a aucune influence dans l'apparition de ce syndrome. Notons cependant que Valade, Gilman, Schwartz ont fréquemment observé la maladie chez des négresses. En outre, comme l'ont déjà remarqué Senear, Usher et M. Griveaud, il faut relever une certaine fréquence de la pemphigoïde, chez les sujets israélites (3 cas sur 14 dans la statistique de M. Griveaud).

II. **Le sexe.** — Il semble n'avoir aucun rôle dans la fréquence de cette dermatose. C'est ainsi qu'en 1940-1941, Touraine et Lortat-Jacob ont trouvé 38 hommes et 37 femmes sur 77 cas et dans deux observations, le sexe n'était pas mentionné.

Pour M. Griveaud, 7 hommes et 7 femmes.

III. **L'âge.** — Quelques exceptions mises à part [6], l'âge moyen des sujets atteints varie entre trente-cinq et quarante-cinq ans.

6. Klaber : Un début de P.S. chez un garçonnet de treize ans. Cale et Driver en signalent un autre chez un

IV. — **Rôle d'un passé pathologique.** — Le rôle d'antécédents pathologiques semble d'emblée être mis hors de cause, car la plupart du temps, la maladie se déclenche chez des sujets antérieurement bien portants, c'est le cas de nos malades.

Il est assez rare de rencontrer des antécédents tuberculeux. Richter, cependant, le 6 juillet 1937, présente le cas d'un homme de trente-deux ans, atteint depuis sept ans d'un lupus érythèmateux du visage. Traité par la neige carbonique, il a subitement fait des poussées bulleuses sur le reste du corps. Il meurt trois mois après, dans la cachexie, avec une température de 39°. La biopsie avait confirmé le diagnostic de syndrome de Senear et Usher. Par contre, l'autopsie montra des ganglions claviculaires, médiastinaux, paratrachéaux, trachéobronchiques et une péritonite tuberculeuse avec 4 litres d'exsudat, plus une pleurite et une péri-cardite tuberculeuses. Au niveau du foie, de la rate, du poumon et des reins, on trouve des tubercules.

Il ne nous paraît pas que ce cas, comme bien d'autres, puisse être compté au nombre des observations indiscutables de pemphigoïdes séborrhéiques.

Pinard, Dumet et Aubin qui pour Touraine et Lortat-Jacob, présentèrent la première observa-

---

garçonnet de cinq ans. A l'autre extrémité de l'échelle des âges, Woodburne nous présente un cas personnel chez une femme de soixante-quatorze ans. Plus récemment encore, Duverne, de Saint-Etienne, a rapporté un cas chez une femme de soixante-quinze ans et M. Griveaud chez un homme de soixante-dix-sept ans.

tion française de pemphigoïde séborrhéique, relevèrent des antécédents tuberculeux héréditaires et collatéraux. Udo, J. Wile nous signalent un seul exemple de malade syphilitique non blanchi sérologiquement.

V. **Causes occasionnelles.** — D'autres auteurs ont signalé l'apparition d'une pemphigoïde séborrhéique, à la suite :

a) d'un érythème solaire (Forman, Hampel) ;
b) d'une amygladectomie (Senear, Usher) ;
c) d'une poussée de furoncles (Wile et Arnold, Sezary et Lesourd).

Dans toutes les autres observations, la maladie s'est déclenchée au cours d'une vie active qui n'a guère été interrompue par les premiers progrès de l'affection. Dans deux de nos cas, la maladie s'est extériorisée par une sorte de Nikolsky spontané, respectivement au point de pression d'un bouton de soutien-gorge et au point d'appui d'un bandage herniaire.

VI. **Existence d'une endémie de dermatoses bulleuses.** — MM. Griveaud et Achard, ainsi que Duverne, sont d'accord pour constater la relative fréquence des affections bulleuses dans le Massif Central. C'est ainsi que M. Griveaud a eu l'occasion de suivre plus de 120 cas de pemphigus, dont 14 de pemphigoïde séborrhéique. La répartition géographique de ces dermatoses semble très curieuse à approfondir.

Quant à l'étiologie, proprement dite, elle est absolument inconnue.

CHAPITRE IV

Etude clinique

I. — DEBUT

Bien que l'affection à ses débuts revête des aspects cliniques variés, remarquons de suite que le diagnostic porté après le premier examen, la classe le plus fréquemment dans l'un des deux grands groupes suivants : lupus érythèmateux ou permphigus.

Sur 86 cas par exemple :

a) 18 ont débuté comme un lupus érythèmateux exanthématique de la face avec dissémination d'emblée [7].

b) 36 ont commencé par un lupus érithèmateuxsquameux plus ou moins persistant, dont :

22 présentaient l'aspect d'une dermatite séborrhéique soit de la face [8] ou du cuir chevelu [9], soit

7. Cas de Schamberg, Dannie, Silver.

8. Cas 8 et 10 de Senear et Usher, cas 12 de Mook, cas de Grau et Pélaez, Chiale, Traub, Stillians, Beggerow, et 4 cas de Griveaud.

9. Cas de Senear et Usher, cas 6 de Wire et Arnold, cas personnel n° 2, cas de Beggerow et Silver.

enfin simultanément de la face, du dos et de la poitrine [10].

3 semblaient être un érythème de l'abdomen [11].

3 apparaissaient comme un érythème du dos et de la poitrine [12].

8 autres, enfin, donnaient l'impression de plaques érythèmateuses psoriasiformes localisées sur les lombes et les membres [13], sur le tronc [14], sur le tronc et les membres [15], sur le tronc et la face [16], soit enfin, au niveau de la face et des mains [17].

c) 35 autres cas seulement se sont manifestés par une éruption bulleuse qui a fait porter le diagnostic de pemphigus localisé [18].

---

10. Cas 20 de Corson, cas 16 de Michelson, cas 10 de Wirkberg, cas 3 de Duverne, cas personnel n° 1.

11. Cas 11 de Senear et Usher, cas Grindon, Eller.

12. Cas de Wile, Nekam, Wile et Arnold.

13. Cas de Touraine.

14. Cas de Senear et Usher.

15. Cas de Pinard, Dumet et Aubin.

16. Cas 7 de Senear et Usher, cas 13 de Schiller, cas 2 de Duverne, cas de Cezary.

17. Cas de Shiller et Sauders.

18. Dix-huit fois sur le tronc (cas 11 de Richter, cas 19 de Kaufman, cas 6 d'Ingram, cas de Sittorius); quatre fois sur la face (cas III et IV de Schreus, cas 5 de Wile et Arnold); une fois sur le cou (cas 21 de Cornbleet); trois fois sur la face et le corps (Cole et Driver, cas 2 d'Ingram); une fois sur le cuir chevelu (cas Duverne); huit fois sur les régions séborrhéiques du thorax (Griveaud et Achard).

II. — INVASION

Elle est très variable.

Dans les formes lentes, l'affection reste plus ou moins longtemps monosympomatique, si bien que l'établissement du syndrome au complet, demande un laps de temps plus ou moins considérable, ce qui rend hésitant le diagnostic définitif.

Dans les formes aiguës et suraiguës, au contraire, la maladie ayant une évolution extrêmement rapide, le syndrome complet s'installe d'emblée, rendant le diagnostic immédiat; c'est ainsi que nous pouvons citer les cas suivants :

Formes suraiguës. — Un cas de M. Griveaud, où la généralisation des lésions s'est effectuée en trois semaines et le diagnostic put être établi, dès le premier examen, huit jours après l'apparition des premières bulles.

— Observation n° 1 de Duverne, avec généralisation des bulles en un mois.

Formes aiguës. — Cas personnel n° 1 où les lésions s'étendirent à tout le tégument en un mois. Le diagnostic fut fait dès le premier examen.

— Observation n° 6 de Senear et Usher, extension en six semaines.

Formes lentes. — Elles sont relativement fréquentes, puisque de nombreux dermatologistes voyaient en elles, jusqu'à ces dernières années, les véritables pemphigoïdes, ce qui poussait cer-

tains auteurs à les considérer comme des pemphigus bénins.

En nous rapportant à quelques-unes des publications faites jusqu'à ce jour, nous constatons que l'extension des lésions s'est produite au bout de quatre mois seulement, à partir d'une dermatite séborrhéique du cuir chevelu, dans notre cas personnel n° 2; quatre mois également dans un cas de Senear et Usher, de Gilman et Eller, huit pour un de Silver, douze à vingt-quatre pour ceux de Garnier et Silver, quinze pour le cas n° 3 de Duverne; de même pour les observations 1 et 5 de Senear et Usher, n° 1 de Touraine et Lortat-Jacob, de Stillians et Engman, on note un à deux ans entre la phase érythèmateuse et la phase bulleuse.

III. — PERIODE D'ETAT

Elle se manifeste par « une éruption diffuse et généralisée », qui a des caractères cliniques bien différents, suivant qu'on la considère sur la face ou sur le reste du corps.

a) L'ERUPTION DE LA FACE. — Elle est caractérisée par sa rapidité de modification d'une semaine ou même d'un jour à l'autre : les lésions semblent en effet s'aggraver ou s'améliorer, pouvant même disparaître en quarante-huit heures, pour réapparaître un peu plus tard (Senear et Usher, Schiller, Saunders, Chiale), ou bien passer du type lupus érythémateux au type dermatite séborrhéique (Senear et Usher).

L'éruption du visage peut être

1. **Du type lupus érythèmateux,** car elle s'étend au nez, aux pommettes et à une suface plus ou moins grande des joues en vespertilio symétrique, à bord bien limité, et à contour polycyclique. Cette surface est légèrement érythèmateuse, avec

— soit des squames-croûtes assez adhérentes, difficilement détachables par grattage, dont la face profonde est hérissée de petites proliférations cornées, en langue de chat, comparables à des villosités qui pénètrent dans les ostia folliculaires dilatés;

— soit des bulles plus ou moins grosses ou des vésicules [19];

— soit des plages d'atrophie légère, comme dans le lupus érythèmateux typique ou même à la longue, quelques télangiectasies (O'Leary, cas 2; Gœckmann, Taussig, Foldvari, Schwartz, Duverne, cas 3);

— soit plus fréquemment, enfin, un aspect suintant et congestif.

2. **Du type dermatite séborrhéique** qui la rapproche souvent de la séborrhée congestive de Hebra, dont le siège d'élection est la région médiane de la face (nez, sillon naso-génien, pommettes et joues). Mais le plus souvent, elle a tendance à s'étendre au front, au vertex et aux régions rétro-auriculaires. Dans ce cas, nous voyons un érythème plus vif, des squames-croûtes molles, ayant un aspect melicérique, facilement détachables par le grattage, présentant éga-

19. Senear et Usher, cas 3.

lement sur leur face profonde des villosités qui pénètrent dans les ostia folliculaires. Sous ces squames, l'épiderme est rouge, érodé et humide, avec des pores pilo-sébacés cratériformes [20].

b) L'ERUPTION SUR LE CORPS. — Se caractérise par la présence des bulles qui fusionnent et se vident, laissant après elles, des érosions à fond rouge suitant et entourées d'une collerette épidermique. Ces bulles peuvent apparaître en n'importe quel point du tégument et gagner toute la surface cutanée. Cependant, elles naissent et se développent électivement sur la partie supérieure du thorax et sur la face (nez, joues, front). C'est ainsi que les régions présternale, interscapulaire, sont envahies avec prédilection. En outre, il arrive assez fréquemment que les régions axillaires, les plis inguinaux, sous-mammaires, les régions paraombilicale et sacrées, soient intéressées beaucoup plus tard, ainsi que les membres, le cou et les organes génitaux. Ces lésions bulleuses peuvent se former spontanément ou à la suite d'un traumatisme insignifiant (Senear, Grindon) sporadiquement ou en groupe et par de petites poussées de 6 à 20 éléments. Les signes subjectifs, si pénibles, de cuisson ou de brûlures, précédant ou accompagnant leur apparition, sont beaucoup plus intenses dans les cas de pemphigoïde séborrhéique que dans les cas de pemphigus.

Ces bulles sont souvent petites, flaccides, fripées, à bords sinueux ou irréguliers. Etant d'une extrême fragilité, elles se déchirent spontané-

20. Cas personnel I et II.

ment ou au plus léger contact et engendrent les deux types suivants de lésions :

1. **Les érosions superficielles** laissant à nu des surfaces rouges et suintantes, circonscrites par une zone érythèmateuse — « le halo érythèmateux » de Touraine — sont susceptibles de confluer et de produire de vastes placards érosifs rouges, parfois à tendance légèrement végétante, en certaines régions et ruisselant sans cesse d'un abondant liquide gras sanguinolent. Le plus léger contact à leur niveau provoque alors une sensation de brûlure intense qui rend alors intolérable pour le malade, le moindre mouvement et les pansements. Ces érosions guérissent cependant très lentement et laissent comme cicatrices des « macules pigmentées » ou quelques fois de petites cicatrices blanchâtres (Griveaud, Cornfleet et Mook).

2. **Les croûtes.** Elles peuvent se produire soit directement par dessication des bulles, soit indirectement à la surface des érosions. Ces squames-croûtes sont très caractéristiques, épaisses, molles, d'aspect gras, jaunâtres, elles font penser à des séborrhéides. On a constaté exceptionnellement que les lésions prennent un aspect psoriasiforme (Senear et Usher, Keim, Schwartz, Touraine et Lortat-Jacob), eczématiforme (Pinard, Gray) ou parfois verruqueux dans la dos (Gilman, Ingram) et enfin végétant dans la région anale (Zeisler).

Parfois les lésions bulleuses, en s'infectant, donnent un tableau clinique d'impétigo ou de furonculose (Corson, Senear et Usher, Taussig, Chiale, Wile et Arnold).

Chaque malade peut présenter réunis ces divers types de lésions, qui traduisent différents stades de l'évolution des bulles primitves. Les éléments squamo-croûteux ou squameux se développent en général sur les parties dénudées et laissent après leur chute, des macules pigmentées ou des taches atrophiques cicatricielles, sur lesquelles secondairement, de nouvelles bulles peuvent apparaître.

Les muqueuses.

Elles sont assez souvent intéressées par le processus bulleux, mais moins fréquemment que dans le pemphigus vrai. Les lésions se localisent surtout à la bouche [21]. Par contre, Gœckmann et O'Leary rapportent qu'une de leurs malades avait une atteinte des organes génitaux. Zeisler cite un cas d'atteinte de l'anus.

Le signe de Nikolsky.

Il peut faire défaut dans 40 % des cas (Walzer, Wile, Gilman, Taussig, Hempel). Il est suffisamment instable pour que même recherché quotidiennement, il soit impossible à constater pendant parfois des semaines, malgré le processus d'acantholyse histologiquement vérifié. Quelquefois positif d'emblée, il permet d'envisager le diagnostic et de faire entrevoir le pronostic sombre qui s'y rattache. Dès les premières bulles, il disparaîtra, pendant des semaines, et on ne le retrouvera que dans les quelques jours qui précèdent une poussée aiguë. Il est donc comme le dit Tou-

21. Cas Griveaud et Observation personnelle n° 3.

raine, « transitoire, instable, variant d'un examen à l'autre, tendant d'une manière générale à s'atténuer, puis à disparaître, en même temps que les signes cutanés »; reparaissant parfois avant eux (Griveaud).

Les signes généraux.

Ils sont généralement peu importants, si ce n'est qu'une poussée thermique qui peut se maintenir en plateau autour de 38°, ou prendre un aspect rémittent jusqu'à 39°, ou former un crochet thermique banal au moment de l'apparition ou de la généralisation des bulles (Chiale, Corson, Touraine), l'état général peut à ce moment s'altérer gravement. L'affection agit sur l'activité du malade, uniquement par la gêne et la cuisson que cause l'éruption des bulles.

Réaction à l'iodure.

Elle est demeurée toujours négative dans tous les cas où nous l'avons recherchée.

Examen du sang.

Pratiquement, pas d'anomalies. Une anémie modérée, dans quelques cas[22] de 3.500.000 ou 4.00.000 d'hématies. Une plus forte, dans certains autres[23] de 2.860.000 à 3.500.000. La plupart du temps, le taux des globules rouges se maintient entre 4.000.000 et 6.000.000.

---

22. Chiale, Mook (cas 12), Wile et Arnold (cas 11 et 5).
23. Gilman, Corson, Garnier, Wile et Arnold (cas I), cas personnel n° 3.

Le **taux de l'hémoglobine** est resté sensiblement normal chez tous les sujets, sauf quelques-uns de Gilman, Mook, Wile et Arnold, où il est tombé au-dessous de 75 %, pour arriver à 48 % chez celui de Taussig.

La **formule leucocytaire** est demeurée voisine de la normale :

— **Hyperleucocytose** entre 14.000 et 16.000, avec légère neutrophilie chez Mook, Stillians, Corson, Elle, Schwartz. L'éosinophilie n'a dépassé 10 % que dans le cas de Nekam, dans un de Wile et Arnold et notre cas n° 2, 18 % dans un de Hempel et 20 % dans un autre de Wile et Arnold, ainsi que dans notre cas personnel n° 3; ailleurs, elle est nulle ou faible.

— **Leucopénie** au-dessous de 4.000 chez Schamberg, Gilman, Woodburne, Wile et Arnold. Remarquons que la leucopénie est exceptionnelle dans la pemphigoïde séborrhéique, alors qu'elle est constante dans le lupus érythémateux.

Vitesse de sédimentation. — M. Duverne, de Saint-Etienne, recherche dans son augmentation un facteur de pronostic : « Il est intéressant, dit-il, de voir si elle permet de prévoir une aggravation. »

Le **taux** des **chlorures**, de l'**urée**, du **sucre**, de l'**acide urique**, reste normal, ainsi que celui de la **cholestérine.**

Indice phytotoxique de Perls-Macht.

Si cher aux Américains dans l'établissement d'un diagnostic de pemphigus ou de pemphigoïde séborrhéique, a été recherché fréquemment.

Normalement un sérum humain diminue de un quart (indice 75 %) la vitesse de croissance d'une tigelle de lupin blanc, par rapport à celle qui se produit en milieu nutritif artificiel. Dans le pemphigus, le sérum serait plus toxique et réduirait la vitesse de croissance de moitié (indice 50 %) dans des pemphigoïdes séborrhéiques, chez Gilman, Stillians, Wile et Arnold, l'indice a été de 52 % à 59 %, donc presque aussi toxique dans le pemphigus. Chez Wile, il fut de 68 % au moment où les lésions bulleuses étaient en pleine activité, alors qu'au moment où l'éruption était à son déclin, il atteignait 53 % et fut donc très toxique. Cependant un cas de Woodburne, ainsi que de nombreux autres, qui eurent une issue fatale, avaient conservé un indice normal. Nous sommes donc obligés de conclure, avec la plupart des auteurs [24] que le test phytotoxiuqe n'a pas une grande valeur pour l'établissement d'un diagnostic différentiel entre pemphigus et pemphigoïde séborrhéique et qu'il en a encore moins en temps que facteur de pronostic.

IV. — EVOLUTION

Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, il est intéressant de relever, au cours de l'affection chez un même malade, une diversité frappante dans le tableau clinique des différentes poussées successives.

---

24. Forman, Sansome (British 5 of dermato, vol. 51, p. 63, 1939), Hollander et Grele (Arch. of derm. a. syph., vol. 34, oct. 1939, p. 650).

Quant à la durée, elle est variable selon que l'on considère l'une ou l'autre des trois formes cliniques : la forme lente qui s'étend sur des années (4 ans, pour notre cas personnel n° 2) ; la forme suraiguë, qui ne dure que quelques semaines (56 jours pour notre cas n° 1) ; la forme aiguë, qui ne dure que quelques mois (six mois et demi pour notre cas n° 3). A ce sujet, MM. Griveaud et Achard ont remarqué que l'on rencontrait de préférence des formes chroniques chez des sujets de moins de trente ans et de plus de soixante ans et des formes aiguës et suraiguës chez ceux dont l'âge est compris entre trente et quarante-cinq ans.

Nous avons noté dans la pemphigoïde, comme dans le pemphigus (Gougerot, Pinard, Griveaud), que les phénomènes cutanés s'améliorent souvent au cours des quelques jours qui précèdent l'exitus.

Les résultats d'autopsie sont demeurés négatifs dans tous les cas, sauf dans celui de Richter, où les lésions tuberculeuses dans les ganglions et la plupart des viscères, furent mises en évidence, en supposant que l'on veuille consentir à admettre ce cas très discutable au nombre des pemphigoïdes séborrhéiques.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique

Dans 65 cas environ, les examens histologiques des lésions cutanées ont été pratiqués. Une seule fois, le diagnostic de lupus érythémateux a été catégoriquement porté [25]. Dans 3 autres cas, les lésions anatomo-pathologiques étaient compatibles, mais non concluantes, en faveur du lupus érythémateux. Partout ailleurs, l'homogénéité des résultats est frappante. On va, du reste, pouvoir s'en rendre compte au sujet de nos observations personnelles, dont M. le Professeur Géry a eu la grande amabilité de nous faire parvenir les protocoles très détaillés des examens histologiques qu'il en a faits.

Cas de M. Griveaud. — Mme B...

L'épiderme. — On remarque de suite une grosse bulle de 1 cm. de diamètre, à plafond plissé, creusée à peu près à mi-épaisseur de l'épiderme. Son contenu est une sérosité anhiste, assez dense; celle-ci est traversée par un poil et par un tractus fibrineux, grêle, parallèle à la

25. Cas de Senear et Usher, n° 2.

surface cutanée, qui a retenu quelques neutro et petits et moyens mono. Pas d'éosino. On y trouve encore quelques cellules non dégénérées, arrondies et globuleuses, provenant du corps muqueux. Quelques-unes sont coalescentes et donnent de petits amas; d'autres jouant le rôle de couvercle à la bulle, sont globuleuses ou aplaties, ayant perdu leur noyau, et sont colorables à l'érythrosine. Sa formation n'est pas très nette : on voit un clivage du corps muqueux, qui sépare l'épiderme en deux épaisseurs égales; les deux lames sont limitées du côté de la cavité, par des cellules épidermiques un peu plus aplaties que celles des couches adjacentes, mais sans grosses lésions. Les cellules du couvercle sont parfaitement vivantes. Le liquide n'étant pas sous tension, la vésiculation ne semble pas résulter d'une exsudation séreuse, ni d'une nécrose cellulaire, attendu qu'il n'y a pas de grosses lésions histologiques.

L'acantholyse, peu apparente en général, est manifeste au niveau de la gaine du poil qui traverse la bulle; au niveau de son ostium et de l'épiderme immédiatement voisin, où l'on voit une petite fissure creusée dans les assises épithéliales, limitée par des cellules épidermiques globuleuses détachées de leurs voisines. On retrouve encore l'acantholyse sur des cellules isolées, au niveau de la lame épidermique formant le plancher de la phlyctène.

Lame épidermique sous-bulleuse. — Par places, aux cônes inter-papillaires, l'épiderme devient plus clair et ses cellules se détachent par disparition des filaments d'union, ce qui rend les cellules libres et globuleuses.

Les mitoses sont à l'état normal et aussi fréquentes dans la lame basale. On les voit même dans les cellules libres.

Epiderme non bulleux. — Sensiblement normal, il est mince dans son ensemble et un peu inégal. Il est atrophique, surtout pour la région dorsale, où il a parfois trois à quatre couches entre les crêtes inter-papillaires, qui ont conservé leur hauteur normale.

La couche basale est normale.

Le corps muqueux semble normal et sans acantholyse.

Néanmoins les protoplasmes sont plus homogènes et plus basophiles que normalement. Ceci est peut-être dû à la disparition de l'appareil filamenteux.

Le stratum granulosum ne fait pas défaut, mais il est nettement diminué, car il ne présente qu'une seule assise de cellules à grains, très plate; il est discontinu.

Donc, pas de différence entre la bulle et l'épiderme non bulleux.

Pas d'hyperkératose ni de parakérathose. La kératinisation est infiniment lamelleuse.

Derme. — Lésions légères et banales. Pas d'œdème. Les fibres élastiques, un peu grêles, sont en place Infiltrat leucocytaire sous la bulle, faisant défaut ailleurs (mononucléaires banaux, quelques lympho) et des cellules fixes réactionnelles. Pas d'éosinophiles. Cet infiltrat est surtout centré sur des capillaires ou des glandes sébacées.

Les glandes sébacées, les sudoripares, ne montrent qu'une lésion propre.

Cas personnel n° I. — M. O...

Biopsie pratiquée quatre semaines après constatation des premiers éléments bulleux : Bulles datant de deux jours.

L'épiderme. — Bulle très plate, non visible à l'œil nu, sur les coupes histologiques, bien qu'elle ait plus d'un demi centimètre de diamètre; située au milieu de l'épiderme et due au processus d'acantholyse.

Le couvercle est extrêmement plissé, car il est soulevé par une lame liquide des plus minces. Sérosité peu coloblex, avec un très fin et très délicat réseau fibrineux. Quelques lymphocytes, des cellules épidermiques, desquamées et globuleuses.

Très faible migration leucocytaire trans-épithéliale, presque négligeable dans la lame épidermique sous-bulleuse et inexistante ailleurs.

L'épiderme non bulleux est très aminci, ayant en certains points une seule assise cellulaire représentant le

corps muqueux entre la couche germinative et la granuleuse. La couche germinative reste bien distincte et cylindrique. Les cônes inter-papillaires gardent une hauteur normale. Les cellules du corps muqueux sont plus basophiles que normalement, et l'appareil filamenteux est presque inexistant. Pas de spongiose. L'acantholyse se voit seulement à une extrémité de la bulle. On trouve cependant plus de cellules claires isolées qu'à l'état normal.

Les mitoses, très rares, se rencontrent dans le corps muqueux, et non pas dans la couche basale.

La couche granuleuse, discontinue, est très mince. Une seule assise de cellules.

La couche cornée, peu épaisse, formée de fines lamelles, laisse voir en de rares points un stratum lucidum.

Les ostia sont élargies en entonnoir, avec de nets cônes cornés.

Pas de para-kératose.

Le derme. — Légères lésions, peut-être secondaires aux lésions épidermiques. Sous la bulle : vaisseaux très congestionnés. Pas d'œdème. Infiltration cellulaire banale, diffuse, discrète et sans éosinophile, renforcée en amas important autour de trois glandes sébacées.

Les glandes. — Les glandes sébacées, nombreuses et grosses, semblent être en hyper-sécrétion, mais non hyperplasiques, normales pour la plupart, sauf l'infiltrat cellulaire périphérique déjà signalé. Une seule montre de l'acantholyse parcellaire, qui forme de très petites vésicules intercellulaires et non pas une fissure comme dans l'épiderme.

Les glandes sudoripares n'offrent pas de particularités.

Cas personnel n° II. — M. D. K...

L'épiderme. — Il est très excorié, mais jamais le derme n'est à nu. La chute épidermique, qui n'est nulle part complète, suit la ligne de jonction dermo-épidermique et se trouve plus marquée au sommet des papilles, où il

ne reste souvent plus que la basale et conserve trois à six assises de cellules au fond des crêtes inter-papillaires, ce qui rend la surface cutanée artificiellement papillomateuse. Le mécanisme de l'excoriation, c'est la chute du plafond d'une large phlyctène, produite par une acantholyse ayant laissé des traces très nettes sur la lame épidermique restante : les cellules devenues plus superficielles sont arrondies et prennent la forme globuleuse, étant séparées de leurs voisines, tandis que d'autres s'allongent en raquettes, quand elles restent fixées par leur extrémité la plus proche du derme.

L'épiderme a conservé sa hauteur et n'est pas acanthosique. Pas de différence tinctoriale entre la basale et le corps muqueux. En plusieurs points, loin des lésions, on trouve des fissures aplaties dues à une acantholyse manifeste, qui sont bordées par des cellules globuleuses ou en raquettes. Parfois, on voit une très petite vacuole intercellulaire, due à l'acantholyse, qui ne touche qu'une très faible partie de l'appareil épineux des cellules.

En général, les grosses lésions cellulaires font défaut. Ce n'est qu'en bordure des érosions que l'on a de l'œdème intra-cellulaire ou de fines vacuoles au niveau des cellules du corps muqueux. L'appareil filamenteux fait souvent défaut. Dans la lame épidermique sous-bulleuse, discrète émigration de polynucléaires. Dans la région excoriée et au-delà, les mitoses sont rares, alors qu'elles sont plus fréquentes en plein corps muqueux.

La granuleuse est continue et à trois ou quatre strates.

La couche cornée est plus épaisse que normalement.

Le stratum lucidum est très net. La kératinisation est finement lamelleuse. Pas de poil. Les ostia pilaires sont élargies en entonnoir et comblées par des cônes de squames cornées. Pas de para-kératose.

Le derme. — Lésions importantes, mais non intenses. Œdème très net dans les parties moyennes et profondes, épargnant presque complètement le derme papillaire.

Nombreux capillaires très larges et gorgés de sang, riche en polinucléaires.

L'infiltrat leucocytaire existe, mais est bien moins considérable que dans le lupus érythémateux, car il ne

fait pas de nappe et n'est pas régulier; il est plus marqué sous la partie excoriée et autour d'une glande sébacée, à laquelle il forme un manchon. Ailleurs, il est très discret, mais généralisé, avec cependant une prédominance assez nette dans le derme moyen. La cytologie est banale : cellules fixes réactionnelles, mononucléaires petits et moyens, plasmocytes, par places quelques polinucléaires neutrophiles, mais pas d'éosinophiles.

Les glandes. — Les sébacées sont nombreuses et volumineuses, mais non hyperplasiques. Sur plusieurs, on voit le même processus de formation de vésicules plates et fissuraires par acantholyse. Le clivage se fait entre les cellules vacuolaires et les cellules sombres. Ces vésicules sont souvent vides; elles contiennent parfois une gouttelette de sérosité granuleuse, avec de rares cellules épidermiques desquamées, mais pas de leucocytes.

Hypoderme. — Légèrement lardacé, fibrosé et œdémacié sur une faible hauteur, à partir du derme, mais redevient vite normal.

Cas personnel n° III. — M^lle F...

Biopsies pratiquées le 12 juillet 1946, au niveau de l'abdomen et du membre inférieur.

La lésion essentielle de ces biopsies est la formation d'une bulle, dont le mécanisme de production est l'acantholyse, qui, bien qu'elle ne soit pas aussi intense et abondante que dans nos autres cas, est très nette au niveau de la bulle et de son voisinage immédiat; on la retrouve assez rarement en dehors de ces régions. C'est dans les cônes inter-papillaires de l'abdomen qu'elle est le mieux marquée.

A l'abdomen, les bulles sont superficielles, à peu près strictement sous-cornéennes.

A la jambe, on retrouve parfois des cellules malpighiennes au toit de la bulle.

Les deux bulles ont un exsudat assez important, plus à l'abdomen qu'à la jambe, contenant surtout des poli-

nucléaires neutrophiles et 10 à 15 % d'éosinophiles, ainsi que quelques cellules malpighiennes flottantes, soit isolées ou en petits amas. A la jambe, on trouve, au niveau du toit de la bulle, des cellules malpighiennes anucléées, acidophiles, qui ne sont plus identifiables que par leur silhouette polygonale. A l'abdomen, les cellules malpighiennes ont rarement perdu leur noyau; elles sont rondes et, souvent, leur protoplasme est intensément basophile.

La bulle abdominale est unique; celle de la jambe est divisée en plusieurs logettes par les bulbes pileux, qui persistent sous forme de tractus traversant la bulle. Dans l'une et l'autre, la couche formant le toit est ondulée et comme flétrie, ce qui indique leur apparition déjà ancienne.

Dans le derme. — Amas d'allure inflammatoire, assez peu intense (bien moins important que dans le lupus érythémateux, par exemple). Formé de cellules fixes, de mononucléaires lymphocytes, et autour des vaisseaux, de polinucléaires éosinophiles. Les infiltrats sont disposés en traînées diffuses de densité moyenne.

Cas II et III de M. Duverne.

Les examens des biopsies, faits par M. Massia, et dont nous n'avons pas eu, entre les mains, le protocole, ont montré un net processus d'acantholyse.

CONCLUSIONS

On trouve :

a) **L'épiderme.** — Soit épaissi dans son ensemble (Foldvari, Schwarz), soit réduit à de rares assises cellulaires.

Les ostia folliculaires élargies en entonnoir et plus ou moins remplies d'un amas corné.

La granuleuse, plus ou moins discontinue et

mince. La présence constante d'un œdème inter ou intra-cellulaire, se collectant en bulles plus ou moins grosses, dont quelques-unes sont purement histologiques, dans la couche épineuse, est un signe constant de la maladie.

Les bulles sont généralement dans les parties les plus hautes de la couche de Malpighi. Leur contenu est homogène et le plus souvent anhiste et aseptique; parfois y rencontre-t-on quelques polynucléaires, mais jamais d'éosinophiles.

On a toujours une acanthose marquée, pouvant même dissocier les fibres collagènes, suivie d'une infiltration cellulaire plus ou moins discrète.

b) **Le derme.** — A des vaisseaux plus ou moins dilatés, avec des amas périphériques de lymphocytes. Les fibres élastiques demeurent normales. Le derme profond reste intact ou discrètement envahi par un infiltrat de polynucléaires (Eller), sans jamais d'éosinophiles. Les glandes sébacées sont parfois très hyperplasiées (Touraine et Lortat-Jacob), mai la plupart du temps, elles restent normales, ainsi que les glandes sudoripares.

CHAPITRE VI

Classification

Ainsi que nous l'avons déjà signalé au cours de notre introduction, voici plus de vingt ans que les auteurs américains, entre autres, se livrent à de vives controverses au sujet du syndrome de Senear et Usher.

Eliminons d'emblée quelques assimilations qui ont été faites quelquefois au cours de la maladie : lichen plan-bulleux (Chiale), psoriasis (Janes), dermatite polymorphe de Durhing-Brocq (Wile), érithrodermie ou lympho-blastome, en raison de l'important infiltrat lymphocytaire (dans l'observation n° 4 de Wile et Arnold). En dehors de ces cas, les dermatologistes restent volontiers divisés sur des parentés, plus ou moins étroites de l'affection, avec le lupus érythèmateux exanthématique à épisode bulleux, ou avec le pemphigis vulgaire ou foliacé. Néanmoins, depuis ces dernières années, l'unanimité tend à se faire autour de l'hypothèse d'une entité autonome.

1. Pour certains auteurs, ce syndrome ne serait qu'une forme de **lupus érythémateux exanthématique.** Wise prétend que 30 à 40 % des lupus érythémateux font une poussée bulleuse au cours de leur évolution; ainsi, il fait rentrer dans cette catégorie six cas de la série originale de Senear et Usher, et classe les autres parmi les « pemphigus bénins ». Au cours de la discussion du cas n° 8 de Taussig, il propose ce terme de : **lupus érythémateux pemphigoïde.** Cependant, quatre fois seulement sur soixante-cinq, l'histologie a été compatible avec le diagnostic de lupus érythémateux. A la faveur de ces arguments, Ornsby, Schamberg, Mac Kee, Mook, Taussig et Lehner se rallièrent au point de vue de Wise, de 1922 à 1934, considérant cette dermatose comme un cas de lupus érythémateux pemphigoïde.

Discussion. — Malgré les rares analogies cliniques, cette attitude n'est pas satisfaisante; la forme bulleuse du lupus érythémateux exanthématique est beaucoup plus rare que Wise ne le prétend, à tel point que Touraine et Lortat-Jacob la qualifient d'exceptionnelle. La rareté des phénomènes généraux, le manque constant d'atteinte viscérale, l'extension fréquente aux muqueuses, l'absence de leucopénie et d'atrophie cutanée, l'intégrité fréquente des extrémités, sont autant de signes cliniques importants, caractérisant la pemphigoïde séborrhéique et faisant défaut dans un tableau de lupus érythémateux exanthématique bulleux. Ce point de vue est acceptable.

2. Pour quelques auteurs, cette affection serait **hétérogène.** Keil, par exemple, considérant les cri-

tiques apportées par Wise, au groupe original de Senear et Usher, conclut que l'on a affaire « à une collection hétéroclite de cas de pemphigus associés à des lésions séborrhéiques et surtout de lupus érythèmateux bulleux disséminés ».

Comme nous l'avons fait remarquer, la prédominance des manifestations de lupus érythèmateux ou de pemphigus, chez un même malade, à différentes périodes de sa maladie ou chez des sujets différents, peut faire penser à des formes atypiques de lupus érythèmateux ou de pemphigus. Pour Hornsby, il s'agirait « d'une combinaison de lupus érythèmateux, de pemphigus et d'eczéma séborrhéique ».

3. Pour un grand nombre d'autres dermatologistes, cette dermatose est une forme de pemphigus. La fréquence des éléments bulleux apparaissant en peau saine, celle du signe de Nikolsky. La répartition ethnique suggestive (3 israélites sur les 14 cas de M. Griveaud, et 3 sur les 7 de Senear et Usher), la constance avec laquelle les biopsies révèlent l'acanthose, l'œdème et parfois la vésiculation intra-épidermique, accompagnée d'infiltrations dermiques, enfin, l'évolution parfois foudroyante ou aiguë, sont autant de facteurs qui plaident en faveur du pemphigus.

Quant aux formes lentes de l'affection, elles engagèrent en 1926, Senear et Usher à la considérer comme une variété bénigne de pemphigus avec « des lésions typiques de lupus érythèmateux ». En 1927, Schamberg et Ornsby, Stillians, Silver, Foerster, Shaffer, Parkhurst, Ingram, Ebert, Grindon, Eller, Wirkberg, Chiale et Gray

sont de cet avis. A leurs yeux, c'est « un type bénin de pemphigus chronique ».

Discussion. — Malgré les ressemblances du tableau clinique, il est difficile d'assimiler le syndrome de Senear et Usher au pemphigus. En effet, dans le pemphigus, on n'observe pas une intensité aussi marquée des symptômes douloureux précédant ou accompagnant l'apparition des bulles, qui sont rarement flaccides et irrégulières. C'est pour ces raisons que Montgomery, Gilman et Wise concluent à un ensemble clinique différent du pemphigus.

4. Le syndrome de Senear et Usher est **une entité qui doit son autonomie à la participation séborrhéique.**

Ces dernières années, Reeves, Ingram, Keim, Schwartz, Ornsby, Taussig, Chial, Michelson, Korson, Eller, Pardo-Castello, Ramos-E. Silva et Pariassu attirent l'attention des auteurs sur la note séborrhéique spéciale de cette dermatose, qui fait dire en 1941 à Touraine et Lortat-Jacob : « Il est bien évident que la séborrhée joue un rôle prépondérant dans l'apparition et l'évolution de ce syndrome. »

A notre avis, cette constatation est la clef même de toute la discussion. C'est, en effet, bien volontiers, que nous croyons avec O'Leary, que « dans la majorité des cas, il s'agit de pemphigus, et, dans quelques autres, de lupus érythémateux bulleux ». Mais la note séborrhéique de la maladie nous amène cependant à la considérer comme une entité autonome, située bien loin du lupus

érythèmateux et très près du pemphigus. Nous rejoignons donc Wile et Arnold sur ce point et estimons avec Touraine et Lortat-Jacob « que le caractère séborrhéique de cette maladie n'a pas été, en général, suffisamment mis en valeur ». C'est dans le triple but : de détacher cette affection du pemphigus ,tout en montrant leurs grandes analogies, de mettre en évidence la part prépondérante que joue la séborrhée dans son aspect morphologique, de répondre enfin à une description clinique et anatomo-pathologique, que Touraine et Lortat-Jacob dénomment si justement le syndrome de Senear et Usher : « La pemphigoïde séborrhéique. »

CHAPITRE VII

Traitement

Jusqu'à présent, malgré le grand nombre d'essais qui ont été faits en vue d'enrayer l'évolution fatale de cette dermatite, aucun traitement n'a encore été régulièrement couronné de succès.

1. Le traitement externe.

Tendra surtout à être calmant et à éviter les infections secondaires. Le liniment oléo-calcaire, le bleu de méthylène, la pommade d'Alibour et au Collargol, en constitueront les principaux éléments.

2. Le traitement général.

Les dermatologistes ont eu recours successivement, mais sans résultat, à la plupart des armes de notre arsenal thérapeutique :

Le bismuth est à peu près abandonné.

La Vitamine C à haute dose, essayée par Cornbleet et Cohen, est délaissée.

La Vitamine D, expérimentée à très forte dose, n'a conduit à aucun succès.

L'arsenic pentavalent et trivalent a entraîné une amélioration très passagère de l'état cutané.

Les sels d'or, essayés par Gilman, Hampel, n'ont produit que très peu d'améliorations, quand ils n'ont pas aggravé l'état général du malade.

Le tétranitrate d'érythrol, essayé par Olivier, s'est montré inactif.

Les sulfamides, le sufanilamide a été expérimenté à raison de 20 grammes en six jours dans le cas n° 5 de Wile et Arnold et a déclenché une éruption bulleuse des plus intenses. Avec les autres sulfamides, MM. Duverne, Ramos-E. Silva et Periassu ont noté une recrudescence des lésions cutanées ou tout au moins une aggravation de l'état général, malgré leur emploi ou à cause de leur emploi, que M. Griveaud déconseille formellement.

L'auto-hémothérapie, essayée par Béchet et Ornsby, n'a donné aucun résultat.

La transfusion de sang ou **les injections I. V. de plasma sanguin** ont donné souvent une amélioration éphémère, d'après Wile et Arnold, qui les ont tentées dans quatre cas personnels, ainsi que Corson; les auteurs sont arrivés à cette conclusion que c'est la thérapeutique qui paraît le moins choquer l'état des malades. Le traitement de Davis, pour lequel Touraine et Lortat-Jacob donnaient, en 1940, leur préférence, consiste en dose I. V. quotidienne de 1 gr. d'arséniate ou de cacodylate de soude à 2 %. Ce serait grâce à ce traitement qu'Ormsby aurait eu un cas de « guérison » constatée pendant un laps de temp sassez

long. **Le traitement de Wile et Arnold** consiste en I. M. de venin de serpent mocassin (Lederle 1/3.000), à raison de 1 cm^3 tous les trois jours, pendant six semaines; 1 cm^3 tous les deux jours par la suite, jusqu'à amélioration de l'état cutané. On associe alors la kinothérapie quotidienne sur tout le corps, en se tenant légèrement au-dessous de la dose érythène. Ce traitement aurait donné des rémissions intéressantes.

La pénicilline nous semble peu utile.

Le Moranyl ou **Germanine**, auquel on attache le plus de succès, bien qu'esayé, dans des cas apparemment et moins immédiatement graves, n'a donné aucune survie durable, entre les mains de M. Griveaud.

Le sublimé, préconisé par Sonnenberg et institué systématiquement par M. Griveaud, ne nous a jamais permis d'observer la moindre intolérance. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce traitement au cours de nos conclusions.

Conclusions

1. Notre but n'a été, dans cette thèse, que d'attirer l'attention sur quelques remarques cliniques ou thérapeutiques recueillies dans une région où pemphigus et pemphigoïdes sont d'observation fréquente (MM. Griveaud, Duverne).

2. La lecture des observations publiées sous le titre de syndrome de Senear et Usher, est peu convaincante. Nous préférons le terme de pemphigoïde séborrhéique, proposé par Touraine. Tous les cas observés par M. Griveaud lui semblent « asez loin du lupus érythèmateux et très proches du pemphigus ». Sur ce point, il rejoint donc Senear et Usher, Schamberg, Ormsby, Stillians, Silver, Foerster, Shaffer, Parkhurst, Ingram, Ebert, Grindon, Eller, Wirkberg, Gray, Corson, Reeves, Schwartz, Chiale, Keim, Taussig, Michelson, Pardo-Castello, Periassu, Ramos-E. Silva.

3. La pemphigoïde séborrhéique a été, par certains auteurs, appelée « pemphigus bénin ». Ce qualificatif peut doner lieu à de graves erreurs de pronostic et doit être abandonné. Certaines pemphigoïdes séborrhéiques, comme d'ailleurs cer-

tains pemphigus vrais, évoluent avec une lenteur et parfois des rémissions spontanées, qui font douter de certains succès thérapeutiques. D'autres sont, au contraire, très rapidement mortels (Cas Griveaud : 52 jours; Cas I de Duverne : 6 semaines).

Le traitement de cette affection est particulièrement décevant. Pour nous en tenir aux thérapeutiques les plus récentes, nous n'avons pu trouver dans les observations du service, une seule rémission durable à l'actif du Moranyl. Contrairement même aux observations encourageantes publiées par certains auteurs, les essais tentés — dans des cas confirmés par l'histologie (le signe de Nikolsky étant infidèle) — semblent avoir donné, après une amélioration fugace, de mauvais résultats. Nous ne pouvons faire état d'un seul cas désespéré traité par les injections de plasma et nous n'avons aucune expérience de la thérapeutique par le « Stovarsol » récemment préconisée. La sulfamo-thérapie est nettement contre-indiquée. Nous n'avons jamais eu la chance d'observer autre chose que des rémissions brillantes par la pénicillothérapie et son emploi nous paraît devoir comporter certaines réserves.

Les seules survies valables, certaines permettant la reprise du travail, observées par MM. Griveaud, Achard et Duverne, l'ont été chez des malades traités assez tôt par la méthode de « Sonnenberg » : injections intra-musculaires de sublimé à 1 % à raison de 1 cm^3 tous les jours ou tous les deux jours au début, puis deux fois et une fois par semaine. La médication doit être continuée très longtemps et complétée par des

thérapeutiques symptomatiques diverses, en particulier, sérum glucosé. Cette médication a toujours été remarquablement tolérée et n'a jamais donné lieu au moindre incident local ni général.

Moins immédiatement spectaculaire que certaines autres, elle nous semble digne d'être admise aux premières places, dans l'arsenal thérapeutique anti-pemphigus, où n'abondent guère jusqu'ici les armes sûres.

Le Président de la thèse :

ROQUES

Vu, le Doyen :

CALVET

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 24 Mai 1948

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

AGUILERA MARURI. — Syndrome de Senear-Usher. *Actas dermo-sifil. an.*, 32, n° 8, mai 1941, p. 686; *In Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 1-2, janv.-fév. 1945, p. 51.

BARNARD FREE SKIN and CANCER HOSPITAL. — Americ. acad. of derm. a. syph. Saint-Louis, 15 nov. 1936; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 40-1, juil. 1939, p. 139.

BECHET. — New-York derm. soc., 28 oct. 1930; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 23, 1931, p. 578.

BEGGEROW. — Pemphigus Senear-Usher. *Ann. de derm. et de syph.*, juill.-août 1941, p. 300.

CARRE CLARAMUND, SOLDUGA CASTELLS. — Un cas de pemphigoïde séborrhéique (synd. de S.-U.); *Acta derm. sifilio. Ann.* 33, janv. 1942, p. 405, 3 fig.; *In Ann. de dermat. et syph.*, n° 1-2, janv.-fév. 1945, p. 50.

CHIALE. — *Giorn. ital. derm. e sifilologia*, t. 74-6, déc. 1933, pp. 1487, 1496.

CHIALE. — Ancora sul. « pemphigo di Senear-Usher ». *Giorn. ital. di derm. e sifilologia*, vol. 84, fasc. 1, fév. 1943, pp. 16 à 34, 8 fig. bibliog.; *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 5, juil.-août 1947, p. 285.

COLE (H.) et DRIVER (J.). — *Arch. of derm. a. Syph.*, t. 20-1, juil. 1929, p. 140; 1930, p. 344 (pemphigus type S.-U.; un cas, disc. Barney).

COMEL. — *Boll. sez. Soc. reg. ital. derm.*, fév. 1936 (pemphigo assoc. a lup. er., Synd. de S.-U., un cas).

CORNBLEET (Th.) et COHEN (D.). — Chicago derm. Soc., 16 mai 1938; *Arch. of derm. a. Syph.*, t. 39-2, fév. 1939, pp. 370-371 (Un cas, disc. Senear, Montgomery, Ormsby).

Corson (E.). — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 5-1, janv. 1922, p. 140; Philadelphia derm. soc., 29 sept. 1933; *Arch. of derm. a. Syph.*, t. 29-3, mars 1934 (un cas, disc. Klander); Philadelphia derm. Soc., 20 nov. 1936; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 36-1, juil. 1937, p. 169 (un cas, disc. Weidman, Corson).

Davis. — Mississippi Valley derm. Soc., 19 nov. 1927; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 18-3, sept. 1928, p. 463 (disc. du cas Grindon, un cas).

Dennie (C.). — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 24-5, nov. 1931, p. 827 (disc. des cas Mook, etc., un cas).

Ebert et Beeson (B.). — Chicago derm. Soc., 16 nov. 1932; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 27-6, juin 1933, p. 1041 (un cas).

Eller (J.). — New-York acad. of med., sect. of derm. a. syph., 5 oct. 1937; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 37-4, avril 1938, pp. 670-671 (Lup. er.? dermat. herpet.? pemph.? un cas, disc. Traub, Wise).

Engman Jun. (M.). — Saint-Louis derm. soc., 12 mars 1930; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 22, 1930, p. 910 (lup. er. type S.-U., un cas, disc. Lane, Grindon, Reeves).

Fisher (J.). — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 18-6, déc. 1928, p. 942 (un cas, disc. Foerster, Ormsby).

Fölvari (Fr.). — Ungarische derm. Ges., 8 fév. 1935; *Dermatol Woch.*, t. 101, n° 32, 10 août 1935, p. 980, et *Eentrbl. f. Haut-u. Geschlechskr.*, t. 51-5, août 1935, p. 386; IX^me^ Congrès internat. Derm. Budapest, 13-21 sept. 1935, compte-rendu III, pp. 465-470.

Forman (L.). — Sect. of Dermat. London, 17 fév. 1938; *Proc. royal Society. Med.*, t. 31, 1938, p. 874 (mal de S.-U., un cas douteux, disc. Gray).

Galle (R.). — Pemphigoïde séborrhéique (Soc. Franç. de Dermat. et de Syphil., séance du 11 nov. 1943; *in Annales de dermat. et syphil.*, n° 11-12 nov.-déc. 1943, p. 320).

Garner. — Atlantic derm. Conf. Philadelphia, 11 nov. 1932; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 27-4, avril 1933, pp. 714-716 (syndr. de S.-U., un cas).

Gilman (R. L.). — *Arch. of derm. a. syph.*, 1930, p. 1078 (pemph. atypique bénin); *Arch. of a. derm. a.*

syph., t. 24-1, juil. 1931, pp. 84-97 (le syndr. de S.-U., un cas, Rev. d'ens., fig. bibliogr.).

GRAU et PELAEZ. — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 19-5, mai 1929, p. 823 (un cas).

GRAY (A.). — Sect. of derm. London, 17 fév. 1938; *Proc. Roy. Soc. Med.*, t. 31, 1938, pp. 871-874 (pemph. type U.-S., un cas).

GREENBAUM. — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 12-1, juil. 1925, p. 116 (un cas, pemph.).

GRINDON (J.). — Mississippi Valley derm. soc., 19 nov. 1927; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 18-3, sept. 1928, p. 463 (un cas).

GRIVEAUD. — Pemphigoïde séborrhéique foudroyant (Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 19 avril 1945; *In Lyon Médical*, n° 28, 15 juil. 1945, p. 59).

— Pemphigo de séborrhéique foudroyant. (*Le journal de médecine de Lyon*, n° 614, 5 août 1945, pp. 491, 493.)

— Pemphigoïde séborrhéique foudroyant. (Soc. franç. de derm. et de syph. filiale lyonnaise, séance du 19 avril 1945; *In Ann. de derm. et de syph.*, n° 3-4, mars-avril 1945, p. 106.)

HAMPEL. — Schlesische derm. Ges., Breslau, 6 nov. 1937; *Zentrbl. f. Haut-u. Geschechtskr.*, t. 58-6, 7, 5 avril 1938, p. 415 (syndr. de S.-U., un cas).

HUDELO. — *Nouv. prat. derm.*, t. 4, p. 472, Masson, Paris, 1936 (art. pemph.).

INGRAM (J.). — *British jour. derm. a. syph.*, t. 44, mai 1932, pp. 233 à 240 (le type S.-U. du pemph., deux cas, et. d'ens.).

JACOBSON (H.). — Los Angeles derm. soc., 11 avril 1933 (lup. er. type U.-S., un cas).

JOHNSON. — Pemphigus erythématodes. *Arch. of derm. a. syph.*, vol. 41, n° 4, avril 1940, p. 800.

KAUFMAN (S. R.). — Philadelphia derm. soc., 20 nov. 1936; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 36-1, juil. 1937, p. 169 (un cas).

KEIL (H.). — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 36-4, oct. 1937, pp. 729, 757 (concept. du lup. er. et de ses variétés morph. ét. d'ens. bibliog.).

KEIM. — Détroit derm. soc., 10 mars 1933; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 28-4, oct. 1933, p. 578 (un cas, disc. Jams, Shaffer, Parkhurst, Valade, Keim).

KLABER. — *Proc. roy. soc. med.*, t. 29, 1936, p. 929 (un cas).

MALONEY (E.). — New-York derm. soc., 25 avril 1933 (lup. er. pemphigoïde, un cas).

MICHELSON (H.). — Minesotta derm. soc., 21 avril 1934; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 30-6, déc. 1934, p. 896. (Syndr. de S.-U., un cas, disc. O'Leary).

MITCHELL (J.) et SCULL (R.). — Chicago derm. soc., 17 mars 1937; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 36-4, oct. 1937, pp. 923 à 924.

MONTGOMERY (H.). — Chicago derm. soc., 18 mai 1938; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 39-2, fév. 1939, p. 371. (Disc. du cas Cornbleet et Cohen, histologie.)

MOOK (W. H.), WEISS (R. S.) et BROMBERG (L. K.). — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 24-5, nov. 1931, pp. 586, 825.

MUENDE. — Senear-Usher Syndrome. *Proc. roy. soc. med.*, 32, pp. 725-731, 1937.

NEKAM (L.). — Krankendemonstr. der ungar. derm. auf dem IX internat. dermatologencongress, Budapest, 21 sept. 1935; *Dermat. Woch.*, t. 102, n° 17, 25 avril 1936, p. 547.

O'LEARY (P.). — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 15-1, janv. 1927, p. 93.

ORMSBY (C.). — *Diseases of the skin. Lea and Febiger*, Philadelphia, 1927, p. 395, et 1937, p. 398; *Arch. of derm. a. syph.*, 1928, p. 970; Americ. derm. assoc. Chicago, 10 juin 1933; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 29-1, janv. 1934, pp. 148-149.

ORMSBY (O.) et MITCHELL (J.). — Chicago derm. soc., 18 mai 1921; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 4-2, août 1921, p. 284; t. 5-1, janv. 1922, p. 152, et t. 10-4, sept. 1924, p. 394.

PARDO-CASTELLO. — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 27-3, mars 1933, p. 503 (disc. du cas Taussig).

PAUTRIER (L. M.). — *Nouv. Prat. derm.*, t. 3, p. 822, Masson, Paris, 1936 (syndr. de S.-U., in art. lup. er.).

PELS et MACHT. — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 19-4, avril 1929, p. 640.

PINARD (M.), DUMET et AUBIN. — *Soc. fr. derm. et syph.*, 16 juin 1983, pp. 946-957.

RADAELI (F.). — *27 Riunione soc. ital. derm e sif.*, octobre 1931, p. 20.

RAMOS E SILVA et PERIASSU. — Soc. bresil. de derm. et syph., Rio-de-Janeiro, 30 juin 1938; *Ann. brésil. derm.*, t. 13, 1938, pp. 63-64, et *Zentrbl. f. Haut u. Gesclechtskr.*, t. 61, n° 8, 5 mars 1939, p. 483.

RICHTER (R.). — Deutsche derm. Ges. in der Tchechoslowack Rep., Prague, 10 nov. 1935; *Zentrabl. f. Haut u. Geschlechtskr.*, t. 53, 5 mars 1936.

— *Arch. für derm. u. syph.*, t. 175, juil. 1937, pp. 725, 731.

SCHAMBERG. — Philadelphia derm. soc., 5 mars 1926; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 14-2, août 1926, p. 228.

SCHILLER et SAUNDERS. — Detroit derm. soc., 24 juin 1930; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 23-1, janv. 1931. pp 205, 206.

SCHREUS. — Vereinig. Düsseldorf. derm., 12 déc. 1938; *Zbl. f. Haut u. Geschlechtskr.*, t. 61, n° 11-12, 5 avril 1939, p. 640.

SCHWARTZ. — Cleveland derm. soc., 22 sept. 1938; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 39, 3 mars 1939, pp. 557-558.

SENEAR. — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 13-4, avril 1926, p. 552.

SENEAR et USHER. — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 13-6, juin 1926, pp. 761, 780.

SEZARY, LESOURD, SENEGAL et CHAPUIS. — Synd. de S.-U. (Soc. fr. de derm. et de syph., séance du 8 juin 1944; *In Presse médicale*, n° 2 du 13 janv. 1945, p. 18.)

SILVER. — Bronx derm. soc., 22 nov. 1934; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 31-6, juin 1935, p. 923.

— *Pemp. er. Arch. derm. a. syph.*, vol. 41, n° 4, 1940, p. 808.

SNIDER. — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 20-4, oct. 1929, p. 558.

SUTORIUS. — Senear-Usher syndrom. *Annales derm. et de syph.*, 11-12, nov.-déc. 1941.

STILLIANS. — Chicago derm. soc., 16 déc. 1931; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 26-2, août 1932, p. 373.

TAUSSIG. — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 27-3, mars 1933, pp. 498, 503.

TOURAINE et LORTAT-JACOB. — Soc. fr. de derm. et syph. 12 déc. 1940; *La Presse médicale*, n° 18, 25 fév. 1941, p. 220.

TOURAINE et LESOURD. — Pemph. séborrhéique. *Ann. de derm. et de syph.*, n° hors série 1942, séance du 12 mars 1942, p. 218.

TRAUB. — New-York derm. soc., 20 déc. 1932.

VALADE. — Détroit derm. soc., 18 déc. 1928; *Arch. of a. syph.*, t 20-2, août 1929, p. 239.

WALZER. — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 13-3, mars 1926, p. 445.

WILE. — Chicago derm. soc., fév. 1929; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 20-4, oct. 1929, p. 556.

WILE et ARNOLD. — Soc. fr. de derm. et syph., réun. de Strasbourg, 14 mai 1939; *Bull. soc. fr. derm. et syph.*, 1939, pp. 1231, 1249.

WILLAMS. — *New-York derm. soc. of derm. a. syph.*, t. 10-1. juil. 1924, p. 83.

WIRKBERG. — *Finska Lakaresallskapets Handlinger*, t. 77, nov. 1935, p. 709.

WISE. — New-York acad. of Med., sect. of derm. a. syph., 1919; *Journal of cut. Disc.*, t. 37, 1919, pp. 319, 347; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 9-5, mai 1924, p. 640; *Med. journ. a. record.*, t. 134, 2 sep. 1931, p. 227; New-Yor derm. soc., 26 avril 1938 et 28 mars 1939; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 38-6, déc. 1938, p. 977, t. 40-6, déc. 1939, p. 1030.

WOODBURNE. — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 26-4, oct. 1932, pp. 671, 676.

WRIGHT. — *Arch. of derm. a. syph.*, t. 10-1, juil. 1924, p. 130.

ZEISLER. — Chicago derm. soc., 15 janv. 1936; *Arch. of derm. a. syph.*, t. 34-4, oct. 1936, p. 735.

Dép. lég. 2me tr. 48. Aa 83
Imp. Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières